Aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.
Direktor: Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Küstner.

Die Erfolge der Naht bei kompletten Dammrissen in der Poliklinik.

(Nach den Beobachtungen in den Jahren 1894—1907.)

Inaugural-Dissertation,

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Kgl. Universität Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

ACAD. MED. BIBL.

vorgelegt und mit Genehmigung derselben veröffentlicht von

Franz Utendörffer.

Breslau 1907.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, e. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.
Referent: Professor Dr. Küstner.

Bonhoeffer, Dekan.

Herrn Rittergutsbesitzer

ERNST MOENTING

in dankbarer Verehrung

zugeeignet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548224_0075

Der nichtgeheilte komplette Dammriß ist gleich der Blasenscheidenfistel für die Frauen ein höchst beklagenswerter Zustand. Vortrefflich hat Roux das Fürchterliche dieses Leidens geschildert: „Jedesmal", sagte er, „vernarben die Wundränder für sich allein. Das Perineum ist dann vollständig verschwunden. Scheide und Anus bilden nur ein und denselben Weg, eine einzige tiefe Bucht mit Narben oder höckrigen Rändern, mit einem schleimigen Gewebe bekleidet, und sofern die Teilung sich bis zur Rekto-Vaginalscheidenwand erstreckt, bilden der untere Teil des Rektums und der Vagina eine große Kloake. Ein solcher Zustand ist für eine Frau bejammernswert, nicht nur, daß es sich hier um einen Verlust physischer Reize handelt, sondern auch um ein ebenso schauderhaftes Leiden, als ein widernatürlicher After eines ist. Der Sphinkter widersetzt sich nicht mehr dem Austritt der Gase und Fäkalmaterien. Ohne Zweifel können diese noch eine Zeitlang im Rektum verweilen, wenn sie eine gewisse Konsistenz haben, aber wenn sie breiig sind, so ist ein immerwährendes Drängen vorhanden, und wenn sie flüssig sind, gehen sie wider Willen ab und beschmutzen die Vagina und alle Nachbarteile. Dadurch sind die Frauen gezwungen, einsam gegen die Bestimmung ihres Alters zu leben. Sie verfallen in Trübsinn, fast immer leidet ihr Allgemeinbefinden, und ihre Farbe verliert an Frische." Ist es daher zu verwundern, wenn die Ärzte alles versucht haben, um solche bejammernswerte Frauen von ihrem Leiden zu befreien? Die ursprünglichsten Operationsmethoden waren natürlich mehr

oder weniger unvollkommen, und wenn früher die Heilungserfolge recht mangelhaft waren, so kann man wohl gegenwärtig sagen, daß heute die totalen Dammrisse ohne Ausnahme bei der heutigen Ausbildung der Asepsis und Antisepsis und der Vervollkommnung der Operationsmethoden alle heilbar sind. Obgleich daher in fast allen gebräuchlichen Lehrbüchern die Autoren darüber einig sind, daß Dammrisse, gleich welchen Grades, genäht werden müssen, falls nicht für die Mutter Gefahren und Nachteile für später entstehen sollen, so hat es doch nicht an Stimmen gefehlt, die die Meinung vertraten, Dammrisse zu nähen sei nicht nur überflüssig, sie heilen ohnedies „ganz gut", sondern oft sogar gefährlich. An heftigen Entgegnungen hat es selbstverständlich nicht gefehlt. Auch meine nun folgenden Ausführungen mögen an der Hand von 61 Fällen der geburtshilflichen Poliklinik der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Breslau (Dir. Herr Geheimrat Professor Dr. Küstner) dazu beitragen, die Ansichten der Gegner der Naht der frischen, speziell der totalen Dammrisse zu widerlegen. Die Fälle erstrecken sich vom 1. April 1894 bis zum 31. September 1907.

Es kamen während dieser Zeit unter 9718 poliklinischen Meldungen 61 totale Dammrisse zur Beobachtung und teilweise in Behandlung, in Prozenten ausgedrückt: es kamen auf 100 Fälle 0,63 % totale Dammrisse, eine Zahl, wie sie ungefähr übereinstimmen mit denen der Leipziger (unter 5737 Meldungen 23 Fälle = 0,4 %) und der Bonner geburtshilflichen Poliklinik (auf 1040 Meldungen 7 totale Dammrisse = 0,67 %), während an der Klinik Gustav von Brauns unter rund 20 000 Geburten nur 35 Dammrisse 3. Grades beobachtet wurden = 0,18 %, und Bucura an der Wiener Klinik Chrobak gar nur 16 Fälle auf zirka 30 000 Entbindungen verzeichnet, d. h. = 0,05 %. Dieser auffallende Unterschied erklärt sich jedoch daher, daß die poliklinische Hilfe meist erst dann in Anspruch genommen wurde, wenn es sich bereits um solche pathologische Zustände handelte.

Was nun zunächst die Genese des totalen Dammrisses, wie der Dammrisse überhaupt im allgemeinen anbelangt, so hängt nach v. Wörz derselbe von folgenden Bedingungen ab:

I. Von der Zeitdauer des Durchtrittes der Frucht. Der zu rasche Durchtritt findet statt:

1. bei Sturzgeburten,
2. bei unvernünftiger Kumulierung von Wehen und Bauchpressenarbeit beim Durchtreten des Schädels,
3. durch zu rasche Extraktion,
4. bei einer schnellen Erweiterung der Schamspalte durch einen kleinen Kopf,
5. bei engen Becken mit weitem Beckenausgang.

II. Von der Beschaffenheit des Dammes. Ungünstig beschaffen sind folgende Dämme:

1. zu breite und zu schmale,
2. pathologisch veränderte, Lues, Varices (auch ödematöse Dämme bei Nephritis, Herzfehler, bei Condilomata acuminata),
3. unelastische (ältere Erstgebärende, Mehrgebärende mit langer Geburtspause).

III. Von den Größenverhältnissen zwischen der ad maximum gedehnten Vulva und dem größten diese passierenden Umfange des Kindeskopfs. Dahin gehören:

1. absolute Enge der Schamspalte,
2. besondere Größe des Kindeskopfs,
3. Leitungsanomalien (Vorderhaupts-, Stirn-, Gesichtslagen, Vorfall von Extremitäten neben dem Kopf),
4. tiefer Querstand des Kopfes,
5. zu große Schulterbreite.

Sehen wir nun die Fälle unserer beifolgenden Tabelle genauer an, so sind es meist mehrere gleichzeitig einwirkende ungünstige Momente, die ätiologisch für das Zustandekommen des totalen Dammrisses verantwortlich zu machen sind. 22 mal sind totale Dammrisse bei spontanen Entbindungen zu verzeichnen. Hier mögen wohl meist unvernünftige Anwendung der Bauchpresse, vielleicht auch schlechter Dammschutz, abnorme Beschaffenheit des Dammes

und der Weichteile, ferner die Tatsache, daß es sich meist um Erstgebärende und dann noch meist um ältere handelt, eine Rolle gespielt haben. Daß das Alter der Erstgebärenden überhaupt ganz besonders einen mehr oder weniger ungünstigen Einfluß auf das Zustandekommen des totalen Dammrisses ausübt, zumal noch, wenn gleichzeitig operativ eingegriffen werden muß, dürfte aus meiner statistischen Tabelle hervorgehen. Es waren unter den 61 Fällen

47 I. p. = 77% und nur
14 m. p. = 23% zu zählen.

Es fanden sich nun wieder unter den 47 I. p.

zwischen 15 und 20 Jahren 2
„ 20 „ 25 „ 14
„ 25 „ 30 „ 15
„ 30 „ 35 „ 12
„ 35 „ 40 „ 2
„ 40 „ 45 „ 1

Demnach zählten von den 47 Erstgebärenden

16 = $33^1/_3$% unter 25 Jahren
31 = $66^2/_3$% über 25 „

Betrachten wir uns weiter hinsichtlich der Ätiologie unsere 61 Fälle, so haben wir 39 Geburten, die fast ausnahmslos zur Rettung des schwer bedrohten Kindeslebens durch Kunsthilfe, sei es durch die Zange, Wendung, Extraktion oder durch beides, oder durch Perforation des nachfolgenden Kopfes oder mit Hilfe eines forcierten Kristellers beendet wurden. Gleichzeitig war bei diesen Geburten 7 mal — in Wirklichkeit sicher mehr — ein enges Becken vorhanden, weiter 10 mal besondere Größe des kindlichen Kopfes wie überhaupt des ganzen Kindes, 4 mal zu große Schulterbreite, 7 mal absolute Enge der Schamspalte, 5 mal tiefer Querstand und 22 mal Haltungsanomalien der Frucht. Letztere würden sich wieder verteilen auf:

3 Vorderhauptslagen,
5 Querlagen und
14 Beckenendlagen (12 Steiß- und 2 Fußlagen).

Da unter den von der Mutter ausgehenden ätiologischen Momenten die Beschaffenheit des Dammes auch von großer Wichtigkeit ist, so mag hier weiter festgestellt werden, daß 11 Dämme nachweisbar ungünstig beschaffen waren. 6 mal waren alte Dammrißnarben, 2 mal ein sehr schmaler, 1 mal ein außergewöhnlich hoher und 2 mal infolge Schwangerschaftsnephritis hochgradig ödematöse Dämme zu bemerken. Beide letzteren führten noch, begünstigt durch die gleichzeitig gemachten Zangen, zum totalen Dammriß. Während nun die meisten Autoren dem Ödem der Vulva, wenn auch kein direktes Geburtshindernis, so doch eine Gefahr bei dem Zustandekommen der Dammrisse zusprechen, so bildet nach Ansicht von Budbergs das Ödem der Vulva ein natürliches Schutzmittel für den Damm, was er durch praktische physikalische Beispiele aus dem täglichen Leben zu beweisen sucht. Er empfiehlt in geeigneten Fällen sogar Erzeugung eines künstlichen Ödems des Dammes, besonders, wo das natürliche, wie in Fällen großer Rigidität der Weichteile, wie bei alten Erstgebärenden und bei narbigem Gewebe, sei es nun durch geeignetes Vordrängen des kindlichen Teiles gegen den Damm, wie er es näher in seiner Arbeit über: „Einige wesentliche Grundsätze bei Dammschutz und Expression“ geschildert oder gar durch Injektion oder Schleichsche Infusion. Er selbst will dabei weder jemals eine subkutane Muskelquetschung erfahren, noch auch subkutane Hämatome entstehen sehen, auch soll das ödematöse Gewebe mehr oder weniger anästhesiert erscheinen und somit die Frau während des langen Durchtrittes des vorliegenden Kindesteils weniger leiden. Außer den gewöhnlich für die Entstehung eines totalen Dammrisses verantwortlich gemachten Gründen seien nun noch kurz die Verletzungen des Dammes durch Unfälle, die in großer Anzahl beobachtet und beschrieben, erwähnt, sowie die von Steffens beobachtete mangelhafte Dehnungsfähigkeit der Weichteile, die durch krampfhafte Kontraktion der Scheidemuskeln hervorgerufen sein soll. Und als Kuriosum möge noch folgender von

Royster beschriebene Fall vom Zustandekommen und Heilung eines kompletten Dammrisses bei einem 9jährigen Mädchen mitgeteilt werden. Die Verletzung war durch den Finger des Geburtshelfers bei der Geburt des Kindes entstanden, infolge Verwechselung einer Steiß- und Gesichtslage. Trotz Zerreißung des Sphinkters bestand keine Inkontinenz. Royster hat den Dammriß angefrischt und in 2 Sitzungen zur Heilung gebracht.

Nunmehr will ich in einigen kurzen Bemerkungen auf die Symptome des totalen Darmrisses zu sprechen kommen. Die erste und Hauptbeschwerde infolge des zerrissenen Sphinkters ist wohl die mehr oder weniger völlige Inkontinenz für Flatus und Stuhl. Wird die Dammwunde nicht geschlossen, so mündet Rektum und Vagina nur durch das schmale Rektovaginalseptum getrennt bald in eine gemeinsame Kloake aus. Ferner klagen fast alle Patientinnen mit totalen Dammrupturen über das Gefühl des „herausgefallenen Leibes“. Sehr bald fällt ja auch die Scheidenschleimhaut, die Rektumschleimhaut vor, der Uterus folgt nach und führt zu völligem Prolaps. Sehr oft ist Retroflectio uteri eine sich einstellende Komplikation, auch werden jezt oft periparametritische Schmerzen empfunden. Bei Dammrissen mit fester Vernarbung hat man aber auch eine bedeutende Verengerung der Scheide beobachtet (Krieg), auch kann nach partieller Heilung bei kompletten Rupturen eine Mastdarmscheidenfistel bestehen bleiben. Eine weitere Klage ist die über unangenehm empfundene Feuchtigkeit der vorgefallenen Partien, sowie die garrulitas vulvae. Auch quälende sehr schwächende Wollustempfindungen und Neuralgien, die oft bis zu melancholischen Depressionszuständen sich steigern, können sich einstellen. Als extremen Beleg möchte ich hier anführen, daß Hobbs, der in seinem Irrenhaus in London, Ontario, gynäkologische Diagnose und Therapie eingeführt hatte, unter 1000 weiblichen Irren bei 18 als wesentliches Genitalleiden Dammriss vorfand und operativ heilte. Von ihrer Geisteskrankheit genasen danach von 6 mit akuter Manie Behafteten 2, von 2 mit Puerperal-

manie Behafteten 1, von 4 mit akuter Melancholie 3, von 2 mit chronischer 1. Die durchschnittliche Dauer der Geisteskrankheiten bei den 7 geheilten war 9 Monate gewesen; wie lange die Dammrisse bestanden hatten, ist nicht gesagt. Bei 3 Geisteskranken, die 9 Jahre geisteskrank waren, trat noch Besserung ein, nach Operation des Dammrisses. Schliesslich kann auch mitunter Sterilität die Folge eines kompletten Dammrisses sein, da der Koitus nicht ausgeübt werden und der in der Scheide ejakulierte Same dieselbe wieder zu früh verlassen soll. Es sind jedoch eine ganze Reihe von Fällen aus der Literatur bekannt, auch ich konnte dies bei meinen Nachuntersuchungen in 2 Fällen feststellen, daß trotz bestehendem totalen Dammriss noch 1 oder mehr Geburten erfolgten.

Was nun die Prophylaxe anbetrifft, so wird es wohl nie möglich sein, in Anbetracht der meist mehreren gleichzeitig ungünstig einwirkenden Momente einen totalen Dammriß stets mit Sicherheit vermeiden zu können. Aber sicher gibt es therapeutische Maßregeln, durch die die Häufigkeit derselben reduziert werden kann. Werfen wir nur ein Auge auf unsere Fälle, so finden wir 22 spontane Entbindungen, wobei die Ruptur entstand. Mag es auch nicht die einzige Ursache gewesen sein, so ist doch ein guter Dammschutz sicher nicht immer vorhanden gewesen. Daß derselbe sehr viel leisten kann, besonders bei spontanen Geburten, geht aus den Statistiken hervor, lehrt aber auch die allgemeine klinische Erfahrung, daß in der Zeit, wo Studenten und Hebammenschülerinnen den Dammschutz ausüben, deren Übung noch gering ist, die Dammrisse viel häufiger sind, als in den Monaten, wo der Dammschutz von geschultem Personal ausgeführt wird. Wenn es nun auch meistens der ja vorangehende Kopf ist, welcher Dammrupturen verursacht, so ist es nicht zu leugnen, daß auch der Durchtritt der Schultern einen Riß zustande bringen kann, oder einen schon durch den vorangegangenen Kopf hervorgebrachten, noch erheblich vergrößern kann. Sehr wichtig ist daher auch hier beim Durchtritt der Schultern ein guter Damm-

schutz und sachgemäße Nachhilfe, auf die ich selbst hier nicht eingehen kann. Zur Unterstützung des Dammschutzverfahrens haben wir nun eine Reihe von Hilfsmitteln noch. Sehr oft ist eine zweckentsprechende Lagerung der Kreißenden in Knieellenbogen- und Seitenlagen von Erfolg gekrönt, da bei der ersteren der Kopf schon durch seine Schwere gegen die Symphyse getrieben und vom Damm abgelenkt wird, während bei der Seitenlage dies Ablenken durch den Damm selber erfolgt. Durch diese beiden Lagen wird gleichzeitig auch oft die gegen Ende der Geburt ihren Höhepunkt erreichende Kraft der Bauchpresse ausgeschieden und so ein allzu stürmisches Durchtreten des Kopfes verhindert. Sind die Wehen überhaupt sehr stürmisch und preßt die Kreißende unsinnig mit, so kann man sogar, um die Gefahren für den Damm zu paralisieren, die Narkose anwenden. Sehr zweckmäßig ist in geeigneten Fällen ferner das Durchtretenlassen des Kopfes in der Wehenpause durch die alleinige Wirkung der willkürlich angespannten Bauchpresse; wo letzteres nicht zu erreichen ist, kann der demselben Zwecke dienende Smelliesche Handgriff versucht werden. Auch ist in solchen Fällen, wo das ganze Aussehen des Dammes auf ein bevorstehendes Einreißen hinweist, die zuerst von Michaelis ausgeführte blutige Erweiterung der Schamspalte und zwar durch Inzision in der Raphe des Perineums zu empfehlen, weniger die von Ritgen später empfohlenen multiplen Skarifikationen der Scheide und des Scheidenmuskels. Zuletzt möge noch vor allem zur Vermeidung größerer Dammrisse vor dem zu frühen Anlegen der Zange, die doch den Umfang des Kopfes noch vergrößert, gewarnt werden, nämlich zu einer Zeit, in der die Weichteile noch nicht genügend erweitert sind. Dasselbe gilt auch für die manuelle Extraktion bei Beckenendlagen, wo neben dem nachfolgenden Kopfe noch der Finger der in den Mund des Kindes eingehakten Hand die enge Schamspalte passieren muß. Überhaupt soll erst dann operativ eingegriffen werden, wenn wirklich die Geburt nicht spontan verlaufen

kann, oder das Leben der Mutter oder des Kindes in Gefahr ist.

Prognostisch dürften selbst die schwersten Fälle von totalen Dammrissen, was das Leben der Mutter anbetrifft, als dasselbe nicht gefährdend angesehen werden, vorausgesetzt, daß die Wunde nicht mit hochvirulenten Keimen infiziert wurde, von der aus dann sich eine allgemeine septische Infektion entwickeln kann. Auch dürfte, was die Heilung der totalen Dammrisse, bei lege artis ausgeführter Naht anbetrifft, nach unseren Erfolgen zu schließen, die Prognose nur als günstig angesehen werden.

Ist nun einmal ein totaler Dammriß entstanden, wie haben wir uns diesem gegenüber zu verhalten? Muß therapeutisch eingegriffen werden? Wann und wie hat man die Therapie einzurichten. Die Frage, ob therapeutisch eingegriffen werden muß, ist schon aus rein chirurgischen Prinzipien mit ja zu beantworten. Eine Wunde wird doch immer am sichersten und schnellsten nach sorgfältiger Blutstillung durch eine sofortige exakt ausgeführte Naht zur Heilung gebracht. Denn nur auf diese Weise werden die zusammengehörenden Gewebe richtig zusammengebracht und die Wundflächen am sichersten vor späterer Infektion bewahrt. Kaltenbach besonders beschuldigt die unvernähten Dammrisse, daß sie leicht den Ausgangspunkt puerperaler Wundkrankheiten bildeten. Auch konnte Zweifel häufig Fieber bei Wöchnerinnen mit Dammrissen feststellen und hält jede Verletzung der äußeren Genitalien bei Frisch-Entbundenen für eine nicht zu unterschätzende Gefahr für das Wochenbett. Erfahrungsgemäß aber kann man ja die frische Dammwunde, trotz der Nähe des bakterienhaltigen Rektalinhaltes im allgemeinen fast immer als rein betrachten. Nicht unerwähnt mögen hier aber auch die Stimmen derjenigen Autoren bleiben, die als Eingangspforte für die puerperalen Krankheitserreger weniger den verletzten Damm als die Cervix und das Endometrium ansehen. So hält Schauta das Endometrium für die häufigste Eingangspforte der allgemeinen Wundinfektionserscheinungen,

läßt aber die von Scheide und Damm ausgehende Infektion wohl auch als bestehend gelten, doch bliebe diese meistens auf ihre ursprüngliche Infektionsstätte beschränkt, und weiter meint Ahlfeld: Die Eingangspforten für das puerperale Gift sind in der Hauptsache nicht an den äußeren Genitalien, sondern an der Cervix zu suchen. Vor allem aber sind es doch funktionelle Gründe, die anatomische Restitutio ad integrum durch sofortige Naht wieder herzustellen. Bei den Geburtshelfern vom Fach und bei den Chirurgen gilt seit Dieffenbach daher heute ganz allgemein die Regel, daß ein Dammriß, mag er groß oder klein sein, auf frischer Tat,. d. h. möglichst bald nach Vollendung der Geburt genäht werden soll. Wird doch heute jeder Hebammenschülerin auch eindringlichst gelehrt, daß sie jeden Dammriß, der über das Frenulum hinausreicht, nähen lassen soll. Aber auch die älteren Hebammen haben sich, wenn auch meist ungern, dieser Erkenntnis und Forderung anschließen müssen, und hat sich doch auch im Publikum selbst die Ansicht, daß bei eingetretener Dammruptur ein Arzt hinzuziehen ist, immer mehr verbreitet. Ist also aus diesen Gründen die Naht berechtigt und indiziert, so ist auch jener Vorteil nicht zu unterschätzen, daß die Naht des frischen Dammrisses technisch viel leichter auszuführen ist, als eine später notwendige Dammplastik, daß man jetzt gewöhnlich ohne Spaltung des Rektums, der Vagina und des Perineums jede einzeln vereinigen kann. Ein weiterer Vorteil der sofortigen Naht besteht darin, daß die Heilung des Dammes vollständig mit dem Verlaufe des Wochenbettes zusammenfällt, so daß die Frauen nicht länger als in einem normal verlaufenden Wochenbett an dasselbe gefesselt sind. Über den eigentlichen Zeitpunkt, wann die Naht angelegt werden soll, gehen die Meinungen zwar noch auseinander, was aber im Grunde genommen, wenig praktische Bedeutung haben dürfte. Für die Anlegung der Dammnaht in der Zeit sofort nach Austritt des Kindes, bevor die Plazenta geboren ist, spricht sich unter anderen Kraków, ein Schüler

Neugebauers aus. Er hält sein Vorgehen für sehr schonend für die Wöchnerin, da dieselbe nach Austritt des Kindes möglichst bald sich nach Ruhe sehnte, auf das Austreten der Plazenta öfters noch lange gewartet werden müßte; müßte aber die Plazenta wirklich gelöst werden, so lägen die Verhältnisse dann so, als ob der Damm nicht geplatzt wäre. Auch Küstner will im Interesse einer Mitverwertung der Entbindungsnarkose für die Dammnaht die letztere noch vor Abgang der Plazenta vornehmen. Winkel dagegen ist prinzipiell dafür, daß die Naht, besonders in Fällen einer größeren Ruptur erst nach Ausstoßung der Placenta ausgeführt wird, besonders wegen der noch eventuell vorzunehmenden Plazentarlösung oder gar noch wegen einer intrauterinen Tamponade wegen atonischer Blutung. Hierdurch würde auch bei der größten Vorsicht beim Eingehen der Hand die Prognose einer tadellosen Heilung der Dammnaht arg getrübt. Was nun die eigentliche Naht des totalen Dammrisses anbetrifft, so kommen heute im wesentlichen nur 2 Methoden in Betracht, und zwar 1. das am meisten geübte Verfahren der komplizierten Naht: Isolierte Naht des Mastdarms, der Scheide, des Dammes, oft unter Zuhilfenahme versenkter Suturen. Nach dieser Methode wurden unsere sämtlichen Fälle behandelt und 2. die Emmetsche Naht, die bekanntlich in der Weise ausgeführt wird, daß die oberste Ligatur der Vaginalwand, die unterste dem Rektalrand parallel geführt wird, während mittlere Ligaturen das dazwischenliegende Gewebe fassen, sämtliche Ein- und Ausstiche liegen auf der äußeren Haut. Ebenso näht Baumm, mein früherer hochverehrter Chef, seine totalen Dammrisse, nur ist die Anordnung der Nähte eine andere, indem er dabei folgendes Prinzip verfolgt: hinten mit der größten umfassendsten Naht beginnend, jeden Faden sofort knüpfen und dadurch nach vorn fortschreitend, den Dammriß wie die Suturen immer kleiner gestalten. Nach seinen Erfahrungen hat er mit dieser Methode ein besseres Heilungsresultat als bei den üblichen komplizierten Nahtmethoden. Da nun die

Dammnaht meistens sehr schmerzhaft ist, hat man in neuerer Zeit dieselbe unter Lokalanästhesie vorgenommen. Zweifel empfiehlt zwecks Anästhesierung des Dammes 2prozentige Kokainlösung mit Watte auf die Wunde aufzulegen, zwei Minuten zu warten, dann von der gleichen Lösung dicht unter die Haut des Dammes jederseits eine Pravatzspritze einzuspritzen und zwei Minuten zu warten. Gleich gute Erfolge, was Schmerzlosigkeit anbetrifft, habe ich mit einer 2prozentigen Eukainlösung gesehen, nur empfiehlt es sich hier, den ersten Einstich für die Injektion von der Wunde aus zu machen. Nach den Erfahrungen der Breslauer Klinik sehen wir jedoch von der Infiltrationsanästhesie deshalb vollständig ab, weil die gelegten Dammnähte durch das allemal auftretende Ödem entspannt werden und schließlich durchschneiden. Von großer Wichtigkeit für den Erfolg der Naht ist natürlich steriles Nahtmaterial. Für die versenkten Nähte ebenso für die Scheidennaht braucht man am besten Katgut. Für die Rektum- und Dammnähte selbst ist impermeables Nahtmaterial, besonders Silkwormgut-, Silber- oder auch Bronzedraht zu verwenden, da alle sich imprägnierenden Fäden leichter Eiterungen an den Stichöffnungen erregen und zu einem früheren Entfernen derselben zwingen. Was nun die Wund- und Nachbehandlung anbetrifft, so sind dieselben gleich einfach. Vor den Damm wird nach Aufstäuben von Dermatol nur etwas antiseptische Watte gelegt, sonst nichts, da die Infektionsgefahr, vorausgesetzt, daß die Wunde gut geschlossen ist, ja gleich 0 ist. Kann Urin nicht spontan gelassen werden, muß katheterisiert werden. Weiter achtet man die ersten 14 Tage sehr auf Diät und läßt die Kranken nur leicht resorbierbare, leicht verdauliche Speisen zu sich nehmen. 8 Tage lang sorge man für Koprostase, dann für einigermaßen regelmäßige Defäkation, natürlich durch innere Abführmittel, nicht durch Lavement. Nach jeder Defäkation ist die Analpartie mit Wasser so lange zu irrigieren, bis sie völlig sauber ist. Was die Entfernung der Nähte schließlich betrifft, so werden dieselben

am Damm meist schon nach 10—14 Tagen entfernt, im Rektum und Vagina dagegen erst am Schluß der 3. Woche, da erst nach dieser Zeit die Narben genügend fest sind, um eine stärkere Ausdehnung wieder vertragen zu können.

Wenn nun seit langer Zeit aus schon angeführten Gründen alle Autoren einig sind, daß ein Dammriß, ohne Unterschied seiner Größe, immer und sobald als möglich genäht werden muß, so mußte die vor wenigen Jahren erschienene Publikation von K. Hegar, in der er sich im allgemeinen gegen die primäre Naht ausspricht und dieselbe nur unter gewissen Voraussetzungen unternommen wissen will, berechtigtes Aufsehen erregen, wenn auch seine vertretene Meinung nicht ganz neu war und schon früher Lawson Tait und Becker verschiedene Gründe aufführten, welche eine primäre Dammrißnaht kontraindizierten. Schon im Jahre 1866 gab Lawson Tait in seinen „Deseases of women“ die Meinung kund, daß Dammrisse nach sekundärer Verheilung derselben durch eine Nachbehandlung zu behandeln seien. Auch sprach später Becker 1893 die Ansicht aus, man solle Dammrisse, welche bei Ödemen des Perineums, bei übel riechendem Fruchtwasser, bei Fieber in der Geburt, bei ausgebreiteten Verletzungen der Weichteile mit Gangrän der Wundränder, bei notwendig erscheinender Tamponade des Uterus und schlechten äußeren Verhältnissen entstehen, besser ungenäht und unversorgt lassen. Und schließlich stellte Füth 1903 den Satz auf: Es handelt ein Arzt, der einen Dammriß 3. Grades setzt, der sich nicht die genügende Technik zutraut und der mit den Vorschlägen, anderweitige Hilfe heranzuziehen, von den Leuten abgewiesen wird oder solche nicht haben kann, im Interesse seiner Wöchnerin besser, wenn er den Dammriß nicht näht, sondern zur Sekundärnaht bestimmt. Zu dieser Forderung bestimmte ihn die Tatsache, daß er unter 141 veralteten Dammrissen 3. Grades 75 ohne Erfolg frisch genähte von praktischen Ärzten fand und ferner die Wahrnehmung, daß Fälle, die primär nicht genäht worden waren, fast ausnahmslos glatt

heilten, während jene Fälle, in denen die Operation des veralteten Dammrisses kein befriedigendes Resultat ergab, solche waren, die post partum erfolglos genäht worden waren. Am weitesten jedoch in seinen Forderungen geht Hegar. Nach ihm wäre die Naht nur bei Dammrissen angezeigt, bei welchen eine Insuffizenz des Scheidenschlusses und des Beckenbodens zu erwarten steht und folgende Bedingungen vorhanden sind:

1. Eine Beschaffenheit der Wunde, welche eine prima intentio mit Sicherheit oder großer Wahrscheinlichkeit erwarten läßt, bei welcher also kein zu weitgehender Riß im Septumrektovaginale, keine Quetschung und Sugillation besteht.

2. Der Allgemeinzustand der Entbundenen muß so sein, daß der Eingriff gut und ohne Nachteil ertragen werden kann. Insbesondere muß eine bereits bestehende Infektion mit Sicherheit oder großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden können. Es darf keine Temperatursteigerung, kein auf Endometritis oder Kolpitis zurückzuführender Ausfluß bestanden haben.

3. Die äußeren Verhältnisse müssen derart sein, daß die Operation mit allen Kautelen der Asepsis und Antisepsis technisch gut durchgeführt werden kann, und weiter müssen alle Bedingungen gegeben sein, die einen günstigen Heilungsverlauf unter Ausschluß einer Spätinfektion gewährleisten.

Nach diesen Forderungen Hegars dürfte wohl kaum noch eine Dammrißnaht ausgeführt werden. Daß ein Frenulum- oder Dammriß ersten und zweiten Grades schließlich von selbst, wenn auch selten, ohne Nachteil für die Frau heilen kann, wird wohl allgemein zugegeben werden müssen, wenn auch Zweifel eine wirkliche Heilung nie gesehen hat. Ganz bestritten aber ist von allen Autoren, daß ein Dammriß dritten Grades von selbst heile, und wenn Hegar schreibt, die Naht der Dammrisse dritten Grades ist wohl kaum je zu empfehlen, so dürfte er in seiner Anschauung vereinzelt dastehen. Daß die Arbeit

Hegars und seine Schlußfolgerungen besonders daher nicht ohne Widerspruch bleiben konnten, war vorauszusehen, und von verschiedenen Seiten, besonders von Bucura, Eversmann, Vogel und Zweifel, wurden die eigentümlichen Anschauungen Hegars scharf einer Kritik unterzogen und zurückgewiesen. Bucura weist an der Hand der Statistik treffend nach, daß die von K. Hegar erhobenen Bedenken gegen Ausführungen der primären Naht hinfällig sind und faßt schließlich seine Erfahrungen am Schlusse seiner Arbeit dahin zusammen: Auf unserer Klinik galt demnach stets der Grundsatz, jeden Dammriß, sowohl den inkompletten als den kompletten gleich nach der Geburt exakt zu vernähen. Die Erfahrungen, die bei diesem Verfahren gesammelt wurden, sind so beschaffen, daß wir uns mit Hegars Ausführungen nicht einverstanden erklären können, denn wir sahen auch den weitgehendsten Riß im Septumrektovaginale trotz geschehener Quetschung und Suggilation bei Naht desselben oft genug per primam verheilen; ebensowenig kann für uns die Naht durch eine mutmaßliche (und sicher stellen läßt sich dieselbe zur Zeit der Naht wohl in den seltensten Fällen) die Infektion kontraindiziert erscheinen; auch von seiten des Zustandes der Frau sahen wir uns auf der Klinik niemals verhindert, die Dammnaht zu machen, obschon in seltenen Fällen letzteres wohl denkbar wäre. Eine größere Gefahr der Wöchnerin durch Infektion bei der Naht im Vergleich zum Offenlassen des Dammrisses erscheint uns, bei richtiger Nachbehandlung der Wunde, nicht wahrscheinlich. Das größte Übel, auf das man sich dabei gefaßt wird machen müssen, ist nur eine nicht per primam erfolgende Heilung des betreffenden Dammrisses. Ebenso treffend wendet sich Vogel gegen Hegar: Hegars Hauptgrund für die Unterlassung der Naht ist die Gefahr der Infektion. Diese ist aber bei sorgfältiger und sauberer Naht sehr gering, wenn nicht das späte Auftreten des Fiebers schon durch vorausgegangene schwere Geburten bedingt ist, oder aber, wenn der Damm — vielleicht nicht einmal mit unter der Wunde

durchgreifenden Nähten — vereinigt wird, der manchmal tief gehende Scheidenriß nicht. Gerade in der künstlich geschaffenen Bucht staut sich das Sekret an und liefert den Bakterien einen vorzüglichen Nährboden. Es tritt dann häufig, nicht weil der Damm genäht wurde, sondern weil er falsch genäht wurde, Fieber ein. Sind, abgesehen von der richtigen Naht, ferner noch Hände und Nahtmaterial und die lokale Partie sauber, was eigentlich selbstverständlich, so tritt so gut wie stets Heilung ein. In demselben Sinne spricht sich Eversmann aus. Er verlangt die sofortige Naht und läßt ebenfalls die vorgebrachten Gegengründe Hegars nicht für stichhaltig gelten, vorausgesetzt aber, daß die Naht lege artis ausgeführt wird. Auch bei ihm ist Fieber keine Kontraindikation zur Naht, da auch bei ihm selbst bei bestehendem hohen Fieber der genähte Dammriß meist gut geheilt ist. Schließlich sei noch, was den Punkt 3 der Hegarschen Forderung anbetrifft, eine Bemerkung des prakt. Arztes Dr. Durlacher, Ettlingen, zitiert, die lautet: Hätte letztere Geltung, so dürften in der Allgemein- und besonders Landpraxis verschwindend wenig Dammnähte gemacht werden. Gerade in diesem Punkte erheischt es die Pflicht, trotz der äußeren schlechten Verhältnisse durch aseptisches Verfahren günstige Wundverhältnisse und Resultate zu erzielen. So schlimm sind auch wahrlich in der Allgemeinpraxis die Erfahrungen nicht, als daß sie überhaupt Hegars Forderung Berechtigung verleihen könnten. Weiter möchte ich nun bemerken, hätte derselbe Punkt Geltung, so dürfte auch poliklinisch meist kein Dammriß, und gar nicht ein totaler, genäht werden. Daß man totale Dammrisse aber auch poliklinisch mit ziemlich gutem Erfolge nähen kann und muß, dies zu beweisen sei mir nunmehr an der Hand unserer Fälle gestattet. Es mögen nun kurz die in Betracht kommenden Fälle aufgeführt werden:

J.-No.	Name	Alter	Wievielte para	Kindslage	Komplikationen	Geburtsverlauf	Wochenbett	Befund bei Entlassung am Ende des Wochenbetts	Jetziger Befund
1894/95 181	R. M., Haushälterfrau	36	2 p.	I. Schl.	Aton. ut. p. p. retent. placent.	Spont. Entbindg. Total. Dammriß 2 cm ins Rektum. Man. Plac.-Lösg.	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	—
1895/96 115	A. Sch., Näherin	22	1 p.	II. Schl.	Tiefer Querst.	Zange Dammriß bis ins Rektum.	Fieberfrei	—	Keinerlei Beschwerden. Noch 4 Entbindg. u. 1 Fehlgeburt durchgemacht. — Damm p. pr. geheilt, ca. $2^1/_2$ cm hoch. Absolute Continent. alv. Ut. anteflektiert, geringe Cysto- und Rectocele.
1896/97 8	M. A., Schutzmannsfrau	31	1 p.	II. Steißlage	Sehr großes Kind	Extrakt. mit d. Steißhaken. Total. Dammriß bis ins Rektum und Perf. des nachfolg. Kopfes	Stirbt am 4. Tage d. Wochenbettes an den Folgen d. Entbind. (Herzparalys.)	—	†
248	A. P., Schneiderin	43	1 p.	I. Steißlage	Becken allg. verengt	Extrakt. mit d. Steißhaken. Total. Dammriß 2 cm hoch ins Rektum	Fieberfrei	P. pr. geheilt	†
329	E. H. Köchin	21	1 p.	I. Querlage	Sehr enge rigide Weichteile	Wendung und Extrakt. Total. Dammriß bis ins Rektum	—	Partielle Heilg. Obere Dammnähte aufgegangen. Sphinkterfunktion einwandfrei.	—

J.-No.	Name	Alter	Wieviel para	Kindslage	Sonstige Komplikationen	Geburtsverlauf	Wochenbett	Befund nach der Entlassung am Ende des Wochenbetts	Jetziger Befund
1897/98 189	E. W., Schlosserfrau	30	3 p.	I. Schl.	Plac. prävia	Zange. Totaler Dammriß bis ins Rektum	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	—
1898/99 20	E. Sp., Näherin	23	1 p.	I. Steißlage	Sehr enge Scheide	Armlösg. Total. Dammriß bis ins Rektum	Geringe Temperatursteigerung	Damm nicht geheilt. Sollte nach einigen Wochen zur Operation kommen	Kann Winde u. dünnen Stuhl nicht halten, starke Periode u. Kreuzschmerzen. Seit 8 Jahren verheiratet. Kein Kind mehr. Großer Dammspalt bis 2 cm ins Rektum, stark. Fluor. Retroflectio uter., mäßiger Descensus.
586	F. A., Arbeiterfrau	30	1 p	I. Fußlage	Nabelschnurvorfall. Sehr schm. Damm	Extrakt. u. Armlösung. Totaler Dammriß bis in den Sphinkter	Fieberfrei	Nicht vermerkt	—
617	F. W., Klempnerfrau	23	1 p.	I. Schl.	—	Spont. Entbindg. Total. Dammriß bis ins Rektum	Fieberfrei	Nicht vermerkt	Keinerlei Beschwerden. Noch 5 Entbindg. glatt durchgem. Das letzte Kind sehr groß. — Damm gut 3 cm breit p. pr. geheilt. Sphinkt. vorhanden. Uterus retrofl. aufrichtbar.
1899/00 78	F. F. Gesellenfrau	28	1 p.	I. Schl.	Tiefer Querst.	Zange. Totaler Dammriß bis ins Rektum. Nach der Dammnaht noch manuelle Plac.-Lösung	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	Kann angebl. Winde u. dünnen Stuhl nicht halten. Die Wunde soll etwas geeitert haben, daher die obersten Nähte entfernt. Noch 3 Entbindungen glatt durchgemacht. — Damm ca. 2 cm breit p. pr. verheilt.

	Wirtschafterin					Sphinkter längst einger. u. aus seiner Lage herausgez.		Sphinkterfunktion normal	
130	F. D., Musikerfrau	28	1 p.	I. Schl.	—	Spont. Entbindg Dammriß bis in den Sphinkter	Fieberfrei	Nicht vermerkt	Keinerlei Beschwerden. Noch 3 Entbindg. glatt durchgem. — Damm ca. $2^1/_2$ cm breit p. pr. geheilt. Sphinkt. vorhanden. Uterus antevertiert.
219	A. F., Maschinistenfrau	30	1 p.	I. Steißlage	Außerordentlich rigide Weichteile	Spont Entbindg. bis zum Nabel. Extrakt. u. Armlösung. Totaler Dammriß bis in den Sphinkter	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	—
483	A. K., Arbeiterin	19	2 p.	II. Schl.	Alte Dammrißnarbe	Spont. Entbindg. Dammriß bis in den Sphinkter	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	—
500	F. Sch., Arbeiterfrau	23	1 p.	I. Schl.	—	Spont. Entbindg. Total. Dammriß bis ins Rektum	Fieberfrei	Damm p. pr. geh. Sphinkt.-Funkt. norm.	—
647	F. M.	19	1 p.	I. Schl.	—	Zange. Totaler Dammriß bis in den Sphinkter	Fieberfrei	Damm mit Ausnahme d. obersten Naht geh. Sphinkt.-funktion ungestört	—
1900/01 172	M. K., Haushälterfrau	25	1 p.	II. Schl.	Eklampsie. Stark. Ödem d. Labien u. des Dammes	Zange. Totaler Dammriß bis in den Sphinkter	Fieberfrei	Heilung des Dammes p. secundam Pat. kann dünnen Stuhl nicht halten	Wurde 8 Woch. spät. operiert. Noch 4 glatt verlaufene Entbindungen. Keinerlei Beschw. Damm ca. 3 cm p. pr. geheilt. Sphinkter vorh. Uterus antevert., vergrös. (gravide).

J.-No.	Name	Alter	Wieviel para	Kindslage	Sonstige Komplikationen	Geburtsverlauf	Wochenbett	Befund nach der Entlassung am Ende des Wochenbetts	Jetziger Befund
473	O. W., Bureaubeamtenfrau	30	1 p.	I. Schl.	—	Spont. Entbindg. Total. Dammriß mit Zerreißung des Sphinkters	Fieberfrei	Damm p. pr. vollkommen geheilt. Sphinkter-Funkt. norm.	—
616	F. Sch, Schuhmach.-Frau	34	1 p.	Steißlage	—	Extrakt., Armlösung u. schwere Kopfentwicklg. Dammriß bis in den Sphinkter	Fieberfrei	Damm tadellos geheilt. Sphinkterfunktion in Ordnung	Keinerlei Beschwerden. Noch 4 Entbindg. glatt verlaufen. — Damm ca. 3 cm breit p. pr. geheilt. Sphinkter intakt. Uterus antevertiert.
621	F. Sch., Bergwerksbeamtenfrau	37	1 p.	II. Schl.	Nabelschnurvorfall. Eng. Becken. Sehr eng. Introitus	Wendung und Extrakt. Total Dammriß bis ins Rektum	Nicht vermerkt	Damm ganz aufgegangen. Soll sich in 8 Wochen operieren lassen	Wurde 10 Wochen später operiert. — Damm ausgezeichnet geheilt. — Sphinkterfunktion normal.
682	F. G., Schneidersfrau	26	1 p.	I. Schl.	—	Spont. Entbindg. Totaler Dammriß bis in den Sphinkter	Fieberfrei	Heilung p. pr.	Keine Beschwerden. Kein Kind mehr gehabt. — Damm p. pr. ca. 2½ cm breit geh. Sphinkt. vorhanden. Uterus antevert.
1901/02 202	F. K., Arbeiterfrau	36	4 p.	Vorderhauptslage	Wiederholte alte Dammrißnarbe	Spont. Entbindg. Totaler Dammriß mit Zerr. des Sphinkters	Fieberfrei	Heilung p. pr.	—
232	E. Sch., Zeichnerfrau	39	1 p.	II. Schl.	—	Zange, wobei trotz vorh. Inzis. totaler Dammriß mit Sphinkter-	Nicht vermerkt	Damm nicht geheilt	Später außerhalb der Anstalt Sekundärnaht mit gutem Erfolg ausgeführt.

	Schneiderfrau			lage	Vaginofix. Plattrhach. Becken	Schwere Kopfentwicklung. Total. Dammriß mit Sphinkterzerreißung	frei	Sphinkter funktioniert einwandfrei	wohl aber dünnen Stuhl halten. Noch eine Entb. (Wendung). Dabei ein kleiner Einriß, der genäht. Damm ca. 2 cm breit geheilt. Sphinkt. intakt. Uterus antevert. vergrößert, entsprechend dem 3. Monat.
342	F. M., Schneiderfrau	27	2 p.	I. Schl.	Allg. verengtes platt. Becken	Wendg., Extrakt. Cleidotom. und Perfor. d. nachf. Kopfes. Dammriß b. ins Rektum	Am 2. Tage beginn. Pneum.	Heilung p. pr.	—
516	F. O., Arbeiterfrau	25	1 p.	II. Vorderhauptslage	Großes Kind. Enge Weichteile	Hohe Zange. Total. Dammriß mit Sphinkterzerreißung	Am 7. u 8. Tage Fieber bis 39,5	Heilung p. pr.	Zur Zeit allgem. Schwangerschaftsbeschw. Kein Kind mehr gehabt. — Damm p. pr. 3 cm breit tadellos verh. Sphinkt. intakt. Kein Vaginalprolaps. Gravidität 6. Monat.
576	F. R., Sekretärfrau	23	1 p.	II. Steißlage	—	Spont. Entb. Riß bis in d. Sphinkt.	Fieberfrei	Heilung p. pr.	—
1902/03 233	B. P., Wäscherin	22	1 p.	II. Schl.	Großes Kind.	Spont. Entbindg. Dammriß bis in den Sphinkter	Fieberfrei	Nicht vermerkt	Keine Beschwerden im allgemeinen. Befindet sich aber seit der Entbindg. nicht mehr so wohl wie früher. Kein Kind mehr. — Damm knapp 2 cm breit geheilt. Sphinkt. intakt, geringer hinterer Vaginalprolaps. Uterus antevertiert.
430	A. L., Korbmacherfrau	25	1 p.	I. Schl.	Stark ödem. Damm	Zange. Dabei Riß bis in den Sphinkter	Fieberfrei	Heilung p. pr. Sphinkter funtioniert einwandfrei	Keinerlei Beschwerden. Noch eine Entbindg., die glatt verlaufen. — Damm ca. $2^1/_2$ cm breit geheilt. Sphinkt. intakt. Geringer Descensus d. hinteren Vaginalwand. Uter. antevert.

J.-No.	Name	Alter	Wieviel para	Kindslage	Sonstige Komplikationen	Geburtsverlauf	Wochenbett	Befund nach der Entlassung am Ende des Wochenbetts	Jetziger Befund
597	B. P., Arbeiterfrau	34	8 p.	Vollk. Fußlage	Rhach. platt. Becken. Nabelschnurvorfall. Alter Dammriß	Extrakt. u. Perforation d. nachfolgenden Kopfes. Totaler Dammriß bis ins Rektum	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	Wurde angebl. aus nicht mehr festzustellenden Gründen nicht genäht, sollte sich angeblich später operieren lassen. Kann Winde u. dünnen Stuhl nicht halten. Trotzdem noch eine Entbindg. durchgemacht. — Groß. Dammspalt b. ca. $2^1/_2$ cm ins Rektum. Retroflekt. uteri. Mäßiger Descensus.
903/04 140	B. L., Arbeiterfrau	27	6 p.	II. Schl.	Alte Dammrißnarbe	Spont. Entbindg. Dammriß mit Sphinkterzerreißung	Fieberfrei	Heilung p. pr.	Keinerlei Beschwerden. Fühlt sich im Gegenteil nach der Naht wohler wie früher, wo immer Senkungsbeschwerden vorhanden waren. Zwei glatt verlaufende Entbindg. noch durchgemacht. — Damm sehr gut ca. 3 cm breit geheilt. Sphinkt. intakt Uterus retrovertiert.
235	F. B., Restaurateurfrau	33	1 p.	II. Schl.	—	Spont. Entbindg forc. Kristell. ohne Dammschutz	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	—
238	M. K., Steinsetzerfrau	24	1 p.	I. Schl.	—	Kristeller. Total. Dammriß bis in den Sphinkter	Fieberfrei	Heilung p. pr.	—
246	C. Sch., Schneider-	20	1 p.	I. Schl.	Tiefer Querst.	Zange	Nicht ver-	Nicht vermerkt	—

810	M. H., Glaserfrau	22	1 p.	I. Steißlage	Sehr enge Weichteile. Hoher Damm	Extrakt. u. Armlösung. Totaler Dammriß mit Zerreißung des Sphinkters	Fieberfrei	Heilung p. pr.	Allgemeine Schwangerschaftsbeschwerden. Kein Kind mehr gehabt. — Damm tadell. 3 cm lang geheilt. Kein Descensus. Gravidität im 6. Monat.
1904/05 10	F. K., Arbeiterin	23	3 p.	I. Steißlage	—	Extrakt. u Armlösung. Schwere Kopfentwicklg. Dammriß bis in den Sphinkter	Nicht vermerkt	Damm klafft	†
35	H. H., Kaufmannsfrau	27	1 p.	II. Schl.	—	Spont. Entbindg. Zerreißung des Dammes bis ins Rektum	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	Kann Winde schlecht, Stuhl sehr schlecht halten. Noch eine Entbindg. durchgemacht. Senkungsbeschwerd. — Damm war am 5. Tage des Wochenbetts beim Stuhlgang wieder völlig aufgerissen, wurde nochmals vom Privatarzt genäht. — Damm so gut wie nicht geheilt. Sphinkt. nicht vorhand.
256	M. M., Unter-Zahlmeisterfrau	27	1 p.	I. Schl.	Großes Kind	Zange. Dammriß bis in den Sphinkter	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	—
1905/06 36	M. M., Zuschneiderfrau	23	1 p	II. Schl	—	Spont. Entbindg. Riß bis in den Sphinkter	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	Keinerlei Beschwerden. Noch eine Entbindg. vor 8 Wochen. Ganz wenig dabei eingerissen u. vernäht. — Damm ca. $2^1/_2$ cm breit gut geheilt. Sphinkter intakt. Uterus antevertiert.
137	A. I., Hausdienerfrau	25	1 p.	I. Steißlage	—	Armlösg. u. schw. Kopfentwicklg. Unvernünftiges plötzl. Mitpressen d. Frau. Riß 3 cm hoch ins Rektum	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	Keinerlei Beschwerden. Noch eine Entbindg glatt verlaufen. — Damm knapp 2 cm breit geheilt. Sphinkter vorhanden. Uterus retroflektiert. Geringer hinterer Vaginalprolaps.

J.-No.	Name	Alter	Wieviel para	Kindslage	Sonstige Komplikationen	Geburtsverlauf	Wochenbett	Befund nach der Entlassung am Ende des Wochenbetts	Jetziger Befund
260	F. H., Glaserfrau	24	1 p.	II. Schl.	Sehr enge Weichteile. Kurzer Damm	Zange. Totaler Dammriß bis in den Sphinkter	Fieberfrei	Nicht vermerkt	Keinerlei Beschw. von seiten der Genitalien oder d. Darmes. Vor 3/4 Jahren noch eine glatt verlauf. Entbindg. — Phtisica. — Damm ca. 3 cm breit p. pr. geheilt. Sphinkter intakt. Uterus anteflektiert.
274	F. G., Plätterin	35	2 p	Schl.	—	Spont. Entbindg. Total. Dammriß bis ins Rektum	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	Keinerlei Beschwerden. Noch eine Entbindg. vor 1 Jahre glatt überstanden, ein Abort vor 1/4 Jahre. — Damm gut 3 cm breit geheilt. Sphinkter intakt. Uterus antevertiert.
708	F. S., Reisendenfrau	33	6 p.	Schl.	—	Spontane Entbindung. Totaler Dammriß bis ins Rektum	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	—
1906/07 8	F. Sch., Händlerfrau	26	1 p.	I. Schl.	—	Zange. Unvernünftiges plötzliches Mitpressen der Frau Dammriß bis ins Rektum	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	Keinerlei Beschwerden. Kein Kind mehr. — Damm ca. 3 cm breit geheilt. Sphinkt. intakt. Uterus antevertiert.
208	E. K., Kaufmannsfrau	27	1 p.	II. Schl.	Tiefer Querst.	Zange. Riß bis in d. Sphinkter	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	Keinerlei Beschwerden angeblich. — Damm nur 1 cm breit mehr als Hautbrücke geheilt. Sphinkter vorhanden. Uterus anteflektiert. Kein Descensus

	Lehrerfrau			hauptslage		Dammriß der Sphinkterdurchsetzung	vermerkt	vermerkt	
349	F. W., Klempnerfrau	21	2 p.	II. Querlage	—	Wendung u. Extraktion. Sehr schw. Armlösg. Total. Dammriß bis ins Rektum	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	Keinerlei Beschw. Sphinkterfunktion. völlig intakt. Ger. Fluor. Abort vor $^1/_2$ Jahr. — Damm ca. $2^1/_2$ cm breit gut verheilt. Sphinkt. vorhanden. Uter. antevertiert. Kein Descensus.
371	A. S., Wirtschafterin	30	1 p.	I. Querlage	Eng. Becken. Sehr eng. Introit. vagin	Wendung u. Extraktion. Sehr schwere Armlösung u. Kopfentwicklung. Riß 2 cm hoch ins Rektum	Fieberfrei	Heilung p. pr.	—
388	D. L., Arbeiterin	19	1 p.	Schl.	—	Spont. Entbindg Dammriß bis in den Sphinkter	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	Kann keine Blähungen, wohl aber Stuhl halten. Eitr. Fluor, der schon vor der Entbindg. bestand. haben soll. — Damm nur ca. 1 cm breit geheilt. Sphinkter vorhanden. Uterus antevertiert. Mäßiger Descensus.
471	M. P., Kassiererin	25	1 p.	II. Schl.	Tiefer Querst.	Zange. Dammriß bis in den Sphinkter	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	—
627	F. B., Hausdienerfrau	28	1 p.	Schl.	—	Spont. Entbindg. Total. Dammriß mit Zerreißung des Sphinkters	Fieberfrei	Damm gut verheilt. Sphinkterfunktion gut in Ordnung	—

J.-No.	Name	Alter	Wieviel para	Kindslage	Sonstige Komplikationen	Geburtsverlauf	Wochenbett	Befund nach der Entlassung am Ende des Wochenbetts	Jetziger Befund
784	F. L., Arbeiterfrau	29	4 p.	I. Querlage	Eng. Becken. An Blasenscheidenfistel operiert. Gr. Dammspalt, daher sehr niedr. Damm	Wendung u. Extraxtion u. Perforation d. nachfolgenden Kopf. Dammriß bis ins Rektum	Fieberfrei	Heilung p. pr.	Kann angeblich dünnen Stuhl nicht halten, sonst keine Beschwerden. — Damm ca. 2 cm breit p. pr. geheilt. Sphinkter vorhanden. Uterus antevert. Kein Descensus.
794	P. M., Restaurateurfrau	29	1 p.	II. Steißlage	—	Armlösung und Veit-Smellie. Riß bis in den Sphinkter. Schon beim Durchtrennen des Steißes entstanden	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	Keinerlei Beschw. — Damm tadellos 3—4 cm breit p. pr. geheilt. Sphinkt. vorhanden. Uterus anteflektiert.
859	L. P., Möbelzeichnerfrau	32	3 p.	Schl.	Alter totaler Dammspalt, der wieder eingerissen	Spontane Entbindung	—	Wurde nicht genäht, sollte sich in zwei Monaten die Dammplastik machen lassen	—
1907/08 3	F. C., Arbeiterin	23	1 p.	Schl.	—	Spont. Entbindg. mit Zerreißung des Sphinkters	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	Keinerlei Beschw. — Damm tadellos ca. 3 cm breit p. pr. geheilt. Sphinkter vorhanden. Uterus antevertiert.
56	M. H., Schuhmach.-F	30	1 p.	I. Schl.	—	Zange. Totaler Dammriß bis in	Nicht ver-	Nicht vermerkt	Keinerlei Beschw. — Damm tadellos geheilt. Sphinkter

	Arbeiterfrau					Dammriß mit Zerreißung des Sphinkters	vermerkt	vermerkt	einfach tadellos 3—4 cm breit geheilt. Uterus antevertiert.
175	A. G., Kürschnerfrau	34	1 p.	Schl.	—	Spont. Entbindg Total. Dammriß bis ins Rektum	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	Allgemeines Senkungsgefühl. Starker Fluor und Metrorrhagie — Damm ca. 2 cm breit geheilt. Sphinkter vorhanden. Retroflectio uteri, Perimetritis posterior, starker eitriger Fluor.
242	M. F., Briefträgerfrau	34	1 p.	I. Steißlage	—	Sehr schw. Armlösung u. Kopfentwicklung, dabei Zerreißung des Sphinkters	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	Keinerlei Beschw. — Damm ca. 2½ cm breit glatt verheilt. Sphinkter vorhanden. Uterus antevertiert.
246	I. K., Inspektorfrau	23	1 p	Schl.	Großes Kind	Schwere Zange, dabei totaler Dammriß bis ins Rektum	Nicht vermerkt	Nicht vermerkt	Keinerlei Beschwerden. — Damm ca. 3 cm breit geheilt. Sphinkter vorhanden. Uterus antevertiert. Noch etwas vergrößert.
	I. H.	20	1 p.	I. Steißlage	—	Extrakt., dabei totaler Dammriß bis ins Rektum	Fieberfrei	Damm nicht geheilt, Retroflectio uteri mobilis	Vor 4 Wochen Dammplastik. — Damm tadellos geheilt. Sphinkterfunkt. einwandfrei.

Von den 61 mir zu Gebote stehenden Fällen habe ich 35 nun einer Nachuntersuchung unterziehen können, die übrigen waren teils gestorben, teils verzogen und daher nicht mehr auffindbar, doch konnte ich noch bei 13 anderen den Befund nach der Entlassung am Ende des Wochenbettes aus dem poliklinischen Journal feststellen, sodaß jetzt die Zahl der Fälle, die zum Beweis herangezogen werden können, 48 beträgt, wovon jedoch ein Fall auszuschalten ist, weil derselbe aus nicht mehr festzustellenden Gründen nicht genäht wurde. Von diesen 47 Fällen nun war zu verzeichnen:

Heilung per primam . . . 40 mal = 85,1 %.

Darunter 36 mit einwandfreier Sphinkterfunktion und nur 4 mit funktionell geschwächter.

Nicht geheilt . . . . . 7 mal = 14,9 %.

Fürwahr, sicherlich kein schlechtes Resultat, zumal, wenn man noch in Betracht zieht, daß in 20 Fällen das Rektum hoch eingerissen war und abgesehen von den 7 nicht geheilten Fällen nur 4 mit nicht einwandfreier Sphinkterfunktion geheilt sind. Von den 7 nicht geheilten Dämmen wurden 5 später durch eine Dammplastik zu korrigieren versucht. 3 derselben wurden in der hiesigen Königl. Frauenklinik nach der Küstnerschen individualisierenden Methode mit durchweg gutem Erfolge operiert, 1 Fall außerhalb der Anstalt mit ebenfalls gutem Erfolge Bekanntlich hat die Küstnersche Methode der Dammplastik vor allen anderen Methoden den großen Vorteil voraus, daß man eine dem frischen Risse gleich große und gleich gestaltete Wunde erhält und durch Verschiebung der prolabierten Kolumna nach oben auch die ehemals korrespondierenden Teile wieder korrespondierend macht, während die 3 bisher zur Heilung totaler Dammrisse konkurrierenden Methoden: Die triangulare Simonsche, die Freundsche zweizipflige und die Lappenmethoden alle den Nachteil haben, daß bei ihnen eine typische den natürlichen Verhältnissen wenig oder gar nicht entsprechende, von der Narbe mehr oder weniger stark abweichende Schnittführung,

auch keine isolierte Sphinkternaht, geübt wird, und die Vereinigung der Teile nicht den ehemaligen Verhältnissen entspricht. Nur 1 Fall, außerhalb der Anstalt nochmals operiert, heilte nicht. In 12 Fällen meiner Statistik konnte ich weiter feststellen, daß nachfolgende Entbindungen und zwar:

6	mal	. . . . .	je 1	Entbindungen
1	„	. . . . .	„ 2	„
2	„	. . . . .	„ 3	„
2	„	. . . . .	„ 4	„
1	„	. . . . .	„ 5	„

eine Schädigung des Dammes herbeizuführen nicht imstande waren, abgesehen von 2 Entbindungen, wo ein ganz unbedeutender Einriß wieder entstand. Auch konnte ich bei 2 Fällen, bei denen später eine Dammplastik gemacht, konstatieren, daß in einem Falle eine später verlaufende Entbindung und in einem 2. Falle 4 spätere Entbindungen keinen schädigenden Einfluß auf den Damm ausüben konnten. Bei den Frauen, die ich weiter untersuchen konnte, lag der Uterus mit Ausnahme von 2 Fällen von Retroflektio in Anteversionsstellung. Ein hochgradiger Schwächezustand der Frau war auch für uns niemals eine Gegenindikation zur sofortigen Naht. Daß schließlich auch alte Dammspalten, die wieder eingerissen sind, sich sehr gut post partum vereinigen lassen und per primam heilen, geht aus 3 unserer Fälle hervor, und was die 2 stark ödematösen Dämme, die total eingerissen waren, anbetrifft, so heilte 1 per primam. Es dürfte daher doch auch vorkommen, daß bei bestehendem Ödem eine glatte Heilung eintritt. Jedenfalls ist danach eine Dammnaht zu versuchen. Selbst auch bei hohem Fieber, während der ersten Zeit des Wochenbettes sahen wir in 2 unserer Fälle eine tadellose Heilung per primam. Eine genaue Morbiditätsstatistik war in Anbetracht der poliklinischen Verhältnisse nicht möglich. Vergleichen wir weiter hiermit die Resultate der Bonner Poliklinik, es sind hier von Eversmann allerdings nur 7 totale Dammrisse beschrieben, von denen 6

völlig fieberfrei glatt geheilt sind, d. h. 85 % Heilung. Einer dieser glatt geheilten Fälle wurde bei 39,5 ° Fieber, nach mehrtägiger Geburtsdauer und bei übelriechendem Fruchtwasser genäht. Nur in einem Falle blieb, bei im übrigen guten Damme eine kleine Mastdarmscheidenfistel, deren Schluß aber noch spontan eintrat. Die Leipziger Poliklinik berichtet über 23 Fälle, davon waren 17 geheilt, 6 nicht geheilt, d. h. also 26 % Nichtheilung oder 74 % Heilung. Vogel, Aachen, konnte weiter von 9 von ihm genähten kompletten Dammrissen 6 glatt heilen sehen, d. h. 66⅔ % Heilung. — Demgegenüber mögen nun die klinischen bekannten Resultate gegenübergestellt werden. In der Klinik Chrobak, Wien, kamen auf 30000 Entbindungen 16 komplette Dammrisse, davon heilten:

Heilung per primam	5	= 31¼ %
„ teilweise per primam . .	5	= 31¼ „
Nicht geheilt	6	= 37½ „

Und an der Klinik Gustav v. Brauns wurden bei 35 totalen Dammrissen, wovon 1 Fall allerdings schon an demselben Tage starb,

Heilung per primam	22 mal	= 64,7 %
„ teilweise per primam . .	10 „	= 29,4 „
Nicht geheilt	2 „	= 5,9 „

beobachtet.

Gewiß mag nun der Einwurf, daß die Verhältnisse und die Bedingungen für eine günstig verlaufende Heilung der Dammnaht in der Klinik bedeutend bessere werden, zugegeben werden, das ist sicherlich keine Frage; auch mag zugegeben werden, daß der poliklinische Assistent meist noch Assistenz zur Seite hat, sei es in der Person des Studenten oder der Hebammenschülerin. Aber sind denn die übrigen häuslichen Verhältnisse der Kreise, in denen poliklinische Hilfe verlangt wird, viel besser, als dort, wohin der praktische Arzt gerufen wird? Ich glaube nicht, im Gegenteil dürfte der praktische Arzt sehr oft gerade in besseren Kreisen, wo die äußeren Verhältnisse doch sicher viel günstiger liegen, die Naht zu machen genötigt

sein, während die poliklinische Hilfe doch meist nur von ganz unbemittelten Leuten gefordert wird. Demnach müßten eigentlich die klinischen Resultate bedeutend günstiger ausfallen, als die der poliklinischen Institute und der alleinstehenden Ärzte in der Praxis draußen. Dies dürfte jedoch nicht der Fall sein, wenn man die Resultate der Chrobakschen Klinik, sowie der Braunschen mit den Erfolgen der Bonner Poliklinik, deren Fällezahl allerdings viel zu klein ist, um daraus beweiskräftige Schlußfolgerungen ziehen zu können, und unserer Poliklinik vergleicht. Es dürfte also mehr der Erfolg von dem Können und der Technik des Operierenden abhängig sein, als von den äußeren Verhältnissen, unter denen die Naht vorgenommen werden muß. Es mag daher Füth wie Hegar zugegeben werden, daß ein Arzt, der keine richtige Vorstellung über die Vereinigung einer kompletten Dammruptur hat, lieber jede Naht unterlassen soll, als ohne Nutzen für die Frau, ja vielleicht unter Vergrößerung der Infektionsgefahr planlos Nähte anzulegen, er mag einen Fachmann zu Rate ziehen und wenn dies nicht möglich, die Ruptur sich selbst überlassen und nach beendetem Wochenbett darauf dringen, daß die Dammplastik vorgenommen wird. Auch soll er nicht unterlassen, die Frau auf die etwa noch eintretenden Folgen noch aufmerksam zu machen, falls sie sich, da sie vielleicht augenblicklich keine Beschwerden hat, nicht operieren lassen will, denn immer setzt sich der Arzt, wenn er die Nähte unterläßt und sonst auch die Frau nicht auf die Gefahr der Unterlassung der Operation aufmerksam macht, selbst der Gefahr aus, mit dem Staatsanwalt in Konflikt zu kommen, wie der vor wenigen Jahren sich ereignete Fall zur Genüge beweist und wo der betreffende Arzt nur durch Zweifels Gutachten, das sich hauptsächlich auf die Tatsache, daß die Ergebnisse der primären Naht für Dammrisse dritten Grades in der allgemeinen Praxis noch sehr unbefriedigend sind, stützte, freigesprochen wurde. Aber unter keinen Umständen — hier möchte ich mich Durlacher voll und ganz anschließen — darf, wie er sagt, an den

Arzt die kategorische Forderung gestellt werden, die Naht zu unterlassen, sondern es muß als eine ideell gerechtfertigte Forderung an die Technik gelten, auch an die primär genähten, aber ungünstig verheilten Fälle ein befriedigendes Resultat der Sekundärnaht zu erzielen. Jedenfalls aber sprechen solche Erfahrungen, um mit Eversmann zu reden, wie sie an der Breslauer Poliklinik mit der sofortigen Naht gemacht worden sind, in beredter Weise für die Zweckmäßigkeit und gleichzeitig völlige Ungefährlichkeit der Naht des frischen bezw. totalen Dammrisses.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Küstner für die Überlassung der Arbeit und Herrn Oberarzt und Privatdozent Dr. Hannes für die gütige Unterstützung und liebenswürdige Durchsicht der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis.

1. Ahlfeld: Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie 1893, Bd. 27.
2. Baumm: Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. 1905.
3. v. Budberg: Zentralbl. f. Gynäkol. 1904, No. 8.
4. Bucura: Münch. med. Wochenschr. 1904, No. 1.
5. Durlacher: Über Dammrißbehandl. i. d. allgem. Praxis. Medico 1907, No. 27.
6. Eversmann: Zentralbl. f. Gynäkol. 1904, No. 8.
7. Füth: Zentralbl. f. Gynäkol. 1904, S. 24.
8. K. Hegar: Münchner med. Wochenschr. 1903, No. 44.
9. Kaltenbach: Lehrb. f. Geburtsh. u. Gynäkol., S. 331.
10. Küstner: Lehrb. d. Gynäkol.
11. Meyer: Über Häufigkeit der Dammrisse und Prognose der prim. Naht. Inaug.-Diss. Gießen 1907.
12. Mindner: Die individualisierende Methode der Procto-Perineoplastik (Küstner). Inaug.-Diss. Breslau 1897.
13. Mönninghoff: Über frische Dammrisse. Inaug.-Diss. Straßburg 1885.
14. Preiter: Über Dammrisse. Inaug.-Diss. München 1867.
15. Schauda: Lehrb. f. Geburtsh. 1895, S. 511.
16. B. S. Schultze: Über Dammrisse. Dtsch. Klinik, Bd. 9.
17. Stevens: Zentralbl. f. Gynäkol. 1897. Ref.
18. Vogel: Zentralbl. f. Gynäkol. 1905, No. 8.
19. Winkel: Handb. d. Geburtshilfe.
20. Zweifel: Lehrb. f. Geburtshilfe 1887.
21. Zweifel: Dtsch. med. Wochenschr. 1903, No. 1.

Lebenslauf.

Franz Julius Eduard Louis Utendörffer, evangelischer Konfession, Sohn des verstorbenen Kaufmanns Wilhelm Utendörffer und seiner Ehefrau Anna, geb. Eckstein, wurde am 30. April 1880 in Schmalkalden in Thüringen, seinem Wohnort, geboren. Er ist preußischer Staatsangehöriger. Seine erste Schulbildung erhielt er auf dem Realprogymnasium daselbst. Ostern 1895 bezog er die Obersekunda des Gymnasiums zu Eisenach, wo er Ostern 1898 das Zeugnis der Reife erhielt. Dann widmete er sich im Sommersemester 1898 in Marburg zunächst 2 Semester dem Studium der Mathematik und Naturwissenschaften und wandte sich dann, ebendaselbst, seiner Neigung folgend, der Medizin zu. Nach bestandenem tentamen physicum genügte er im Wintersemester 1901/02 seiner Dienstpflicht bei der zweiten Kompagnie des Jägerbataillons No. 11 zu Marburg. Hierselbst bestand er auch am 17. März 1904 die ärztliche Staatsprüfung. Seitdem war er bis zum 1. August d. J. Assistenzarzt der Provinzial-Hebammenlehranstalt zu Osnabrück, weiter Assistenzarzt und ständiger Vertreter des praktischen Arztes, Sanitätsrats Dr. Zuckschwerdt zu Sprottau in Schlesien und zuletzt Volontär und später Assistenzarzt der Provinzial-Hebammenlehranstalt zu Breslau.

Während seines medizinischen Studiums in Marburg besuchte er die Vorlesungen und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

Ahlfeld, Aschoff, Bach, v. Behring, Bonnhoff, Disse, Enderlen, Gasser, Hess, Hildebrandt, Korschelt, Kossel, Kühne, Küster, Kutscher, Mannkopf, Melde, A. Meyer, H. Meyer, Ribbert, Römer, Romberg, Tuczek, Wende, Zincke, Zumstein.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser seinen verbindlichsten Dank aus.